

de normas básicas de autocuidado, máxime cuando muchos de estos nuevos medicamentos carecen de antidotos específicos para ser usados en situaciones de emergencia o estados de sobreanticoagulación.

Referencias

1. Van Walraven C, Jennings A, Oake N, Fergusson D, Forster AJ. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and metaregression. *Chest* 2006 May;129(5):1155-66
2. Baker WL, Cios DA, Sander SD, Coleman CI. Meta-analysis to assess the quality of warfarin control in atrial

fibrillation patients in the United States. *J Manag Care Pharm* 2009 Apr;15(3):244-52.

3. Taboada LB, Silva LE, Montenegro AC. Beneficios de la clínica de anticoagulación. *Acta Med Colomb* 2013; 38: 239-243.
4. Ocampo C, Hernández O, Velásquez CJ, Tobón I, Mejía FA. La clínica de anticoagulación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl: demografía, efectividad y complicaciones. *IATREIA* 2004 Jun; 17(2): 105-114
5. Ageno W, Gallus A, Wittkowsky A, Crowter M, Hylek E, Palareti G. Evidence-Based Management of Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141: e44S-e88S

J. DE J. CANTILLO, A. M. MADERA

Importancia del control de los factores de riesgo en enfermedad renal crónica

Importance of controlling risk factors in chronic kidney disease

Ver artículo: página 228

Dr. Jorge de Jesús Cantillo Turbay: Internista-Nefrólogo, Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Docente Clínico, Facultades de Medicina, Universidad de la Sabana y Universidad El Bosque. Especialista Unidades Renales Centro Policlínico del Olaya S.A. y Hospital Occidente de Kennedy E.S.E.; Dra. Ana María Madera Rojas: Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. (Colombia). E-mail: md_cantillo@hotmail.com

La enfermedad renal crónica es una patología que contribuye a una alta carga de morbimortalidad y costo socioeconómico a nivel mundial. Bajo este concepto, se ha escrito infinidad de literatura médica tratando de establecer un panorama de la problemática que esta enfermedad representa. Colombia no es ajena a esta situación. Con una población de enfermos renales crónicos cercana a los 38.000 pacientes (1), el interés científico y epidemiológico sobre esta enfermedad conlleva a estrategias para mejorar su registro y seguimiento como problema de salud pública.

Ante tal situación, *Acta Médica Colombiana* en su número de octubre/diciembre de 2013 presenta como artículo original, un estudio descriptivo transversal retrospectivo que tiene como objetivo determinar la frecuencia de factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna en un hospital en Bogotá, Colombia, por la doctora M.E. Martínez y cols (2).

Como hipótesis fundamental, este trabajo plantea establecer los factores de riesgo para enfermedad renal crónica y principalmente la calidad en su evaluación y seguimiento dentro de la consulta médica especializada

ambulatoria. Este último punto resulta de especial trascendencia pues no se han llevado a cabo otros ensayos similares en nuestro país, pero existe evidencia a nivel mundial que dichos factores de riesgo y progresión no son adecuadamente estudiados.

Conociendo la fisiopatología y la relación ampliamente comprobada de causalidad entre los factores de riesgo y progresión de la enfermedad renal crónica, podemos asumir que el control subóptimo de los mismos conlleva a desenlaces adversos, asociación que ha sido comprobada por la evidencia científica con peso estadístico significativo sobre desenlaces clínicos de impacto como mortalidad, eventos cardiovasculares, progresión a enfermedad renal crónica estadio 5 y necesidad de terapia sustitutiva renal. Sin embargo, se debe enfatizar que la mortalidad cardiovascular no está exclusivamente relacionada a pacientes con falla renal avanzada; en pacientes con estadios 3A y 3B, la incidencia de mortalidad cardiovascular sobrepasa la incidencia de falla renal (3).

Los resultados de este estudio muestran a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como los factores más prevalentes dentro de la población con enfermedad renal crónica con

48.3% y 28.3% respectivamente. Particularmente, respecto a la hipertensión arterial, el control estricto de cifras tensionales frena los cambios de esclerosis glomerular y el tratamiento antihipertensivo en el paciente renal crónico debe ir orientado a reducir la carga de riesgo cardiovascular, reparando las lesiones del remodelado miocárdico, facilitando la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda y tratando de preservar la función diastólica (4). Resulta llamativo que menos del 50% de la población analizada se encontrara dentro de metas de cifras tensionales a pesar del conocimiento de esta asociación.

Con relación a la diabetes mellitus la observación es similar. De los factores analizados la presencia de microalbuminuria implica un riesgo ajustado de mortalidad cardiovascular dos veces mayor en el extremo superior de la categoría de microalbuminuria (30-299 mg/g), en comparación con el riesgo en individuos con albuminuria normal. Esto indica que la albuminuria, incluso en el extremo superior del rango normal, confiere riesgo cardiovascular independiente y éste se incrementa de manera exponencial con el aumento de la proteinuria (5). Por tal razón, su detección e intervención precoz impacta de manera favorable en la progresión de la enfermedad renal crónica.

Resultado de los cambios en la conducta alimentaria intensamente establecidos en nuestra cultura, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en factores de progresión cada vez más prevalentes, lo cual obliga a que sean un elemento obligatorio de evaluación en la consulta ambulatoria. Es cada vez más amplio el conocimiento sobre las lesiones glomerulares inducidas por las adipocinas de manera directa y como resultado del avance de otros factores de riesgo cardiovascular (4). Es imprescindible por tanto, enfatizar en el logro del normopeso como terapéutica no farmacológica de eficacia comprobada. El estudio incluye además otros factores tales como el tabaquismo, el consumo de AINE y el control glucémico que también influyen sobre el curso de la enfermedad renal crónica.

No menos importante pero también olvidado resulta el seguimiento de las complicaciones tales como la anemia y las alteraciones del metabolismo óseo mineral.

Con base en estos resultados, surge el problema de la calidad en la atención ambulatoria de los pacientes con enfermedad renal crónica, quienes característicamente son pacientes con pluripatologías, que ameritan un seguimiento cercano, oportuno, multidisciplinario e integral con el propósito de establecer un diagnóstico temprano de las complicaciones derivadas de la nefropatía, vigilar la progresión de la enfermedad y controlar los factores anteriormente mencionados.

Para un adecuado manejo de estos pacientes como paso fundamental se debe plantear objetivos terapéuticos claros, planes de manejo acordes a guías de práctica clínica basadas en la evidencia y sin dejar a un lado las características particulares de nuestro medio, tales como las individualidades de los pacientes y las debilidades de nuestro sistema de seguridad social. Sin embargo, no se pueden anteponer excusas a la excelencia de la atención en el contexto de la enfermedad renal crónica pues todas estas falencias deterioran la calidad de vida de nuestros pacientes. La responsabilidad sin duda es compartida: médicos, asociaciones científicas y administradores en salud debemos implementar estrategias para reducir el impacto de esta patología en Colombia.

Referencias

1. Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2009. Resolución 4700 de 2008. Cuenta de alto costo: Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo.
2. Martínez ME, Plazas M, Barajas GP, Bravo AM, González C, Rodríguez A, et al. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. *Acta Med Colomb* 2013; **38**: 228-232.
3. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BD, Jafa T. Chronic kidney Disease and Cardiovascular Risk: Epidemiology, mechanisms, and prevention. *The Lancet* 2013; **382**: 339-352.
4. Díez J. La cardiopatía hipertensiva en el paciente con enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2008; **28** (2):135-142.
5. Tanner RM, Brown TM. Epidemiology of Obesity, the Metabolic Syndrome, and Chronic Kidney Disease. *Curr Hypertens Rep* 2012 **14**:152-159.